E

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE N° 5

A PROPOS D'UN CAS DE KYSTE HYDATIQUE DU POUMON

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 1er Mai 1923

PAR

Dr Nicolas KOZAREVITCH

Né a Prichtina (Serbie), le 1er Décembre 1897

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse : DUCAMP, professeur, *Président* ; GRANEL, professeur ; MARGAROT, agrégé ; LAPEYRE, agrégé. *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson.

1923

A PROPOS D'UN CAS

DE

KYSTE HYDATIQUE

DU

POUMON

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE N° 5

A PROPOS D'UN CAS

DE

KYSTE HYDATIQUE

DU

POUMON

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 1er Mai 1923

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Dr Nicolas KOZAREVITCH

Né a Prichtina (Serbie), le 1er Décembre 1897

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MEDECINE)

Examinateurs de la Thèse	DUCAMP, professeur, *Président.*	
	GRANEL, professeur.	
	MARGAROT, agrégé.	*Assesseurs*
	LAPEYRE, agrégé.	

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson.

1923

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	HEDON.
Chimie biologique et médicale	DERRIEN, *doyen.*
Physique médicale	PECH.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	GRYNFELTT.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	RIMBAUD.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et médecine sociale	N...
Clinique médicale	DUCAMP.
	VEDEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE, *assesseur.*
	ESTOR.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Clinique des maladies des enfants	LEENHARDT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MASSABUAU.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.
Professeur s. c.	(P.) DELMAS.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.
Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS, RODET, BAUMEL, TEDENAT, MAIRET.

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	MM. DELMAS (J.).
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL.
Stomatologie	Dr WATON.
Histologie	Dr GRANEL (F.).
Clinique des maladies des vieillards	Dr BOUDET.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. GAUSSEL.	Chimie	MM. FLORENCE.
	MARGAROT.	Histoire natur.	CABANNES.
Anatomie	DELMAS (J.).		GALAVIELLE.
Chirurgie	RICHE	Physique	N...
	ETIENNE.		
	LAPEYRE		

Examinateurs de la thèse:

MM. DUCAMP, prof., *Président.* | MM. MARGAROT, agrégé.
GRANEL, professeur. | LAPEYRE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Hommage respectueux

A MON JURY DE THÈSE

N. KOZAREVITCH

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535710_0128

A MES PARENTS

A MA SŒUR ET MES FRÈRES

A MINETTE KOZARATZ

N KOZAREVITCH

A PROPOS D'UN CAS

DE

KYSTE HYDATIQUE

DU

POUMON

INTRODUCTION

L'échinococcose est actuellement une infection dont les médecins connaissent les principales particularités. Le chapitre étiologique n'est plus à écrire, et la formation des kystes hydatiques est exempte d'obscurités depuis les travaux de Devé. Rarement, à l'heure actuelle, les tumeurs parasitaires passent inaperçues et les diagnostics exacts et précis qu'on peut en faire, comportent de telles déductions thérapeutiques inéluctables et d'un pronostic généralement assez favorable, pour qu'il paraisse superflu d'entreprendre un travail sur une observation de kyste hydatique du poumon.

Pourtant, nous remercions vivement Monsieur le professeur Ducamp d'avoir bien voulu nous donner ce sujet comme thèse, et nous comprenons l'importance qu'il attache à cette observation. En médecine, on a souvent répété : il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades ; toute lésion pathologique évolue chez un être vivant, chez un être humain, c'est-à-dire chez quelqu'un qui sent, qui

réagit d'une façon qui lui est particulière, personnelle ; et cet apport de l'individu est ce qui fait que les observations des malades chez qui évolue un même agent pathogène différent les unes des autres au point qu'il devient très difficile d'en écrire la forme générale.

On le verra par la suite, le malade dont nous parlons a dépisté toutes les sagaces recherches des cliniciens réputés, et qui plus est, les examens de laboratoire ont tous été unanimes pour écarter de l'esprit le diagnostic qu'il eût convenu de porter dès le début.

Question troublante, controversée et non sans passion, que celle des rapports de la clinique et du laboratoire. Et d'où il ressort pour tout médecin de bon sens que l'absolu est la source d'erreurs. Par le fait même que l'individu réagit à sa manière, le laboratoire ne peut pas prétendre à donner des indications indiscutables. Et nous ignorons encore trop des phénomènes biologiques, nous comprenons toujours trop peu les rapports si intéressants du physique et du moral pour faire dépendre un diagnostic et prescrire un traitement du seul résultat de réactions humorales ou d'examens microscopiques.

Il est banal de le dire, le laboratoire ne doit être que l'aide de l'examen clinique.

Et ceci est tellement vrai qu'après les heures d'enthousiasme et d'espoir de toute une génération médicale, on revient aux saines conceptions. La clinique avant tout ; mais avec à ses côtés et pour essayer d'éclairer sa démarche hésitante au milieu des ténèbres de la biologie, des hommes de laboratoire pourvus d'une véritable éducation scientifique. « *In medio stat virtus* » écrivait sur les tablettes le vieil Horace. C'est en effet les mots toujours présents à l'esprit de ceux qui possèdent et la saine doctrine et la bonne pratique.

OBSERVATION

G. P..., 50 ans, sans profession, entré à l'Hôpital le 25 novembre 1922, pour troubles nerveux et hémoptysie.

C'est à la suite de chagrins multiples, de revers de fortune, le tout conditionné peut-être par une commotion pendant la grande guerre au mois de mars 1916 que ces troubles nerveux auraient fait leur apparition. Depuis quatre mois, insomnie continuelle sans cauchemars cependant, un peu de tremblement marqué surtout pendant la nuit. Ces troubles paraissent avoir subi une légère régression depuis huit jours.

L'hémoptysie remonte à une quinzaine de jours environ, alors que G. P... se trouvait dans une ville de la région méditerranéenne. Elle a été caractérisée par une expectoration de crachats hémoptoïques succédant à une quinte de toux. Mais ce serait une récidive; il y a un an, probablement vers fin octobre, aurait eu lieu une expectoration sanguinolente, sans émission abondante de sang pur. Cependant celle-ci n'a pas été accompagnée d'autre trouble fonctionnel et le malade a été examiné à ce moment par un médecin qui n'a rien décelé au niveau des deux parenchymes pulmonaires.

L'état général aurait surtout été intéressé depuis deux mois. Amaigrissement de 14 kilos. Asthénie continuelle.

Quelques palpitations de cœur, beaucoup plus cependant quand le malade se couche sur le côté gauche. Mais évolution apyrétique et pas de sueurs nocturnes.

A son entrée à l'Hôpital l'interrogatoire révèle les renseignements suivants :

Antécédents pathologiques. — N'a jamais eu de maladie antérieure à celle-ci ; a été au Tonkin et aurait eu deux ou trois accès de fièvre paludéenne ; cependant soupçonnerait fort avoir eu la syphilis. Veuf ; a une fille de 20 ans bien portante. Frère, sœur et ascendants, tous bien portants.

A l'examen, sujet maigre, teint un peu subictérique, les traits tirés, sans œdèmes, pèse 59 kilogr. (pesait 72 il y a deux mois) ; pas de plis de peau, pas d'état fébrile, pas de gros troubles de l'état général, myœdème légèrement positif.

L'examen de l'appareil respiratoire montre :

Poumon gauche: percussion et palpation normales en avant et en arrière ; à l'auscultation, quelques frottements pleuraux au sommet dans la fosse sus-épineuse.

Poumon droit: normal dans toute la région haute et moyenne, en arrière à la base légère submatité sans réaction pleurale, ni pulmonaire. Le murmure vésiculaire se perçoit bien.

Expectoration muco-purulente sans bacille de Koch.

Appareil cardio-vasculaire: pouls, 80, régulier, bien frappé ; tension : maxima, 17 ; minima, 10 ; cœur : normal, pas de souffle organique.

Appareil urinaire: urine assez abondamment 1 litre 500 par jour ; urines claires, sans dépôt, l'analyse ne décèle rien d'anormal, pas d'albumine.

Système nerveux: force conservée dans les membres supérieurs et inférieurs ; réflexes normaux. Sensibilité su-

perficielle et profonde intacte. Anesthésie pharyngée légère, même cornéenne.

Une radioscopie des deux poumons faite le 27 novembre après son entrée, montre que:

Les deux sommets obscurs s'éclairent faiblement lors des efforts de toux et des grandes inspirations. Les bases sont claires, les sinus bien creusés. Nombreux ganglions trachéo-bronchiques surtout à gauche.

Le seul traitement institué est dirigé contre le mauvais état général. On constate une amélioration sensible au point de vue du système nerveux, mais l'évolution pulmonaire se poursuit et le malade, revu le 28 novembre, se présente avec les symptômes suivants:

Poussée de pleuro-bronchite au sommet gauche; quelques frottements qui se mêlent à des râles humides sibilants.

La matité est plus marquée à la base droite, mais le malade se plaignant de troubles nerveux, on fait une ponction lombaire et dans le liquide céphalo-rachidien les examens cytologiques, chimiques et sérologiques se traduisent par:

Cellule de Nageotte: 2,4 leucocytes par millimètre cube.

Examen chimique: albumine, 0 gr 40; chlorures, 7 gr. 2; urée, 0 gr. 25.

Réaction de Wassermann, positive.

Réaction de Hecht-Bauer, positive.

La réaction de Wassermann pratiquée avec le sérum sanguin est également positive. Donc pendant quelque temps, on installe un traitement antispécifique: Néosalvarsan et Hg combinés.

Le malade est revu le 15 janvier, les signes fonctionnels n'ont pas changé, mais il accuse des douleurs qu'il compare à des tiraillements siégeant à la base droite du

poumon. Les signes cliniques, eux, sont profondément modifiés: la palpation, percussion, auscultation méthodique de l'appareil pulmonaire se traduisent comme suit:

Poumon droit: rien dans la zone antérieure.

En arrière, sonorité exagérée au sommet tendant au skodisme. Au niveau de l'épine de l'omoplate, submatité qui va en s'accentuant au fur et à mesure que l'on descend et devient de la matité franche dans la région de la base. Cette matité paraît avoir une limite supérieure à forme de courbe parabolique. Les vibrations sont diminuées à la région moyenne, presque abolies à la base, exagérées à la partie supérieure. A l'auscultation, abolition du murmure vésiculaire, on perçoit de la bronchophonie et une voix mirlitonnée dans la région inférieure du poumon droit.

Poumon gauche: rien en avant.

Quelques frottements, un peu de submatité et les vibrations sont augmentées en arrière dans la fosse sus-épineuse.

On pense alors, le malade ayant eu des chiens autrefois, à la possibilité d'un kyste hydatique. Ne voulant nullement faire la ponction, on pratique les réactions de laboratoire que l'on complète par un Besredka.

1° Réaction de Weinberg, négative; 2° éosinophilie normale; 3° réaction de Besredka, négative.

La radiographie faite deux mois après la précédente, montre de grandes modifications.

Hémithorax droit: sommet voilé, s'éclairant bien à la toux subite. Accentuation des ombres du hile.

Présence d'un foyer d'ombre assez bien limité, dans la région sus-diaphramatique, de teinte costale, de taille et de la forme d'une grosse mandarine, ne gênant pas les mouvements du diaphragme. Sinus clair, à angle aigu, mobile.

Hémithorax gauche : sommet gris. Ombres hilaires très accusées. Diaphragme déformé par une grosse bulle gastrique.

Un examen de crachats pour la recherche du bacille de Koch par examen direct et par homogénéisation, est négatif.

A l'examen du 20 janvier les symptômes précités se sont accusés et sont beaucoup plus nets. La matité, les autres signes physiques feraient penser à une pleurésie. Les réactions sérologiques se rapportant à la nature kystique de cette tumeur étant négatives, l'hypothèse d'un kyste hydatique pouvant être écartée, on fait alors une ponction exploratrice en plein centre de la matité. On retire un liquide eau de roche qui est centrifugé. Le culot mis sous l'objectif d'un microscope, contient des débris de crochets. Le diagnostic de kyste hydatique ne peut plus être délaissé et on passe le malade dans un service de clinique chirurgicale pour être opéré aussi rapidement qu'il se peut.

Il était nécessaire de signaler dans notre observation toutes les manifestations, même les plus insignifiantes que le malade a présenté au cours de l'évolution de son affection, et on conçoit très bien que avec cette intrication intime des symptômes relevant de la lésion pulmonaire d'une part, de l'état syphilitique d'autre part, et des résultats de laboratoire négatifs, la question du diagnostic doit être un des plus intéressants chapitres de notre travail.

Mais auparavant, nous consacrerons quelques pages à l'étude de la symptomatologie du kyste hydatique du poumon, car celle-ci n'est jamais univoque, témoin le cas que nous rapportons et qui fait le sujet de notre thèse.

SYMPTOMATOLOGIE

Le début du kyste hydatique du poumon est essentiellement latent et il est probable qu'avant de provoquer le moindre trouble fonctionnel, son développement se fait silencieusement pendant plus d'un an. Telle est l'opinion classique. Cependant, dans le cas qui nous intéresse deux radiographies à deux mois d'intervalle décèlent l'une une base normale, l'autre une tumeur de la grosseur d'une mandarine. Il semblerait donc que le kyste a subi une évolution assez rapide, qui aurait coïncidé avec l'apparition de gros troubles fonctionnels (sensations de tiraillement, de déchirure dans la base du poumon droit).

Le kyste hydatique du poumon peut en général revêtir lors de son développement une des trois formes suivantes :

Forme pseudo-tuberculeuse ;
Forme pseudo-pleurétique ;
Forme à type de tumeur intra-thoracique.

Nous rangeons volontiers le nôtre dans la seconde catégorie que nous allons décrire immédiatement en détail ; nous ne donnerons que quelques rapides indications sur les deux autres.

Forme pseudo-pleurétique. Signes fonctionnels

A cause de la situation anatomique du kyste dans la région cortico-pleurale, ces signes sont plus intenses que dans la forme pseudo-tuberculeuse.

Toux brève, saccadée, sèche, accompagnée ou non d'expectoration muco-purulente, quelques rares hémoptysies (deux dans le cas de notre observation), gêne respiratoire plus ou moins accusée, et douleur superficielle à type de névralgie intercostale, s'exagérant lors de grandes inspirations.

Les signes physiques sont ici nombreux et nous permettent de constater l'existence de multiples signes communs au kyste hydatique et aux épanchements pleuraux généralisés ou enkystés.

A l'*inspection,* voussure légère de l'hémithorax droit.

A la *percussion,* matité plus ou moins franche, suivant la période d'évolution du kyste, suivant qu'il y a ou non une réaction pleurale.

A la *palpation,* vibrations diminuées d'abord qui, finalement, sont abolies.

A l'*auscultation,* respiration diminuée et silence respiratoire par la suite.

Mais la radiographie montre alors une masse opaque à contours le plus souvent arrondis, assez nets, ne se déplaçant pas avec la position du malade.

C'est bien la symptomatologie décrite au cours de l'observation. Par les examens répétés, on a vu grandir cette matité, grandir cette obscurité respiratoire dont l'importance avait une tendance à en imposer pour une pleurésie.

Forme pseudo-tuberculeuse

Anatomiquement c'est le kyste central, le kyste de la région para-bronchique. Les signes fonctionnels sont en général frustes, un peu de dyspnée d'effort, essoufflement; toux brève, sèche, mais surtout l'hémoptysie qui peut revêtir tous les degrés, depuis la simple expectora-

tion avec des crachats striés de sang, jusqu'à la véritable expectoration hémoptoïque persistante, rebelle à tout traitement, mais qui n'est jamais mortelle.

Ici, par contre, les signes physiques sont à peu près nuls ; quelques légères modifications du murmure vésiculaire, qui à cause des hémoptysies peut en imposer assez facilement pour une infiltration tuberculeuse surtout si le kyste siège au sommet.

Ici la radiographie seulement aidée de contrôles biologiques ou sérologiques permet de penser au kyste hydatique du poumon.

Forme à type de tumeur intrathoracique

On constate alors un syndrome de compression médiastinale, œdème en pèlerine, circulation collatérale superficielle importante, etc.

Quelle que soit la forme évolutive du kyste, il progresse, et si on ne le diagnostique pas suffisamment à temps, il finit par s'ouvrir, soit dans une bronche, et dans ce cas s'évacue par une vomique, soit dans la plèvre avec toutes les complications possibles d'essaimmage et de cachexie hydatique.

Mais précisément il n'est pas toujours facile de porter ce diagnostic et nous allons voir pour le cas qui nous intéresse les grandes difficultés qui ont surgi lorsqu'il a été question d'étiqueter la nature de la maladie.

DIAGNOSTIC

On peut diviser le séjour du malade dans le service de M. le professeur Ducamp en deux périodes.

Dans une première période, c'est l'époque où le malade n'attirait nullement l'attention sur la base droite et où, d'autre part, l'investigation clinique, ne révélait rien d'anormal.

Dans une seconde période, les signes pulmonaires, ou mieux pleuro-pulmonaires sont nets, et c'est la nature des modifications de la base droite qui demande à être élucidée, donc deux grandes subdivisions dans ce chapitre du diagnostic.

1° Avant qu'il n'y ait aucun signe traduisant des troubles pleuro-pulmonaires à la base droite.

2° Après l'apparition de ces troubles.

1° *Avant qu'il n'y ait aucun signe traduisant des troubles pleuro-pulmonaires à la base droite*

Dès le premier examen, l'attention était attirée du côté de ces hémoptysies, et comme d'autre part on notait de l'amaigrissement, de l'insomnie, de la toux accompagnée parfois d'une expectoration muco-purulente, et des frottements pleuraux avec submatité au sommet gauche, on était en droit de se demander si le malade n'était pas un bacillaire.

La recherche du bacille de Koch par examen direct et par homogénisation fut négative. Il était donc infiniment probable que le malade n'était pas un tuberculeux. Mais ces troubles nerveux, ces troubles oculaires, la suspicion jetée sur la possibilité d'une syphilis acquise, nous fit pratiquer une réaction de Wassermann et de Hechl-Bauer, à la fois dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

Les résultats positifs, forts pour chacune de ces réactions, nous enlevaient tout doute et une nouvelle idée surgissait: ne serions-nous pas en présence d'une syphilis tertiaire du poumon.

Celle-ci en effet dans les cas chroniques peut très bien revêtir tous les aspects de la tuberculose; quels que soient leur stade ou leur mode évolutif. De là d'ailleurs la source des erreurs très fréquentes lors d'un diagnostic entre ces deux affections.

Le traitement d'épreuve seul permettait de trancher ce différend. Cependant, à cause de ces troubles psychiques à tendance neurasthénique, le malade étant passé dans un service de neurologie, on ignorait les résultats du traitement. D'ailleurs ce dernier avait été suspendu pendant quelques temps.

Le malade revient un mois après dans le service et à ce moment c'est la base du poumon droit qui captive l'attention du clinicien.

2° *Après l'apparition des troubles pleuro-pulmonaires*

Il est nécessaire ici, de décrire tous ces symptômes pleuro-pulmonaires et on verra ainsi plus facilement parmi toutes les affections susceptibles d'être envisagées lors du diagnostic différentiel, les points communs qui les font se ressembler et les points particuliers qui permettent de les différencier.

A l'examen clinique, on notait :

Voussure légère de la région thoracique postérieure droite ;

Matité remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate ;

La courbe supérieure de la matité paraît être une parabole ;

Les vibrations sont presque abolies ;

Obscurité respiratoire, quelques petits frottements discrets.

Cette symptomatologie pouvait, dans le cas de l'observation, relever soit d'une pleurésie, soit d'une syphilis tertiaire, soit d'un kyste hydatique.

Nous allons discuter chacune de ces hypothèses.

1° *La syphilis tertiaire.* — Toute idée de bacillose écartée la recherche du bacille de Koch ayant été négative, même après homogénisation, il pouvait très bien être question d'une syphilis respiratoire tertiaire à type de tumeur pulmonaire.

Tout d'abord le Wassermann avait été positif fort dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. D'autre part, on sait que la syphilis tertiaire peut dans des cas, rares il est vrai, simuler un kyste hydatique ou un cancer, telle est l'observation publiée par R. Bensaude et Emery en 1913, où le diagnostic différentiel ne fut fait que par le traitement d'épreuve car les rayons X ne donnent pas encore un syndrome radiologique spécial de la syphilis tertiaire du poumon et l'ombre constatée, souvent bien limitée, à bords polycycliques, de forme généralement triangulaire, la base partant du médiastin et la pointe pénétrant dans le poumon, ressemble assez étrangement à l'image donnée par un kyste hydatique.

Ce n'est seulement que parce que le traitement d'épreuve fait quelque temps auparavant, loin d'améliorer,

loin de faire régresser la lésion, en avait au contraire accentué l'évolution que l'on abandonnait la possibilité d'une syphilis pulmonaire.

2° *La pleurésie.* — C'est immédiatement à celle-ci que l'on pense lorsque la percussion révèle une matité de bois dans une région de parenchyme pulmonaire; mais on note l'absence de souffle voilé, expiratoire, plus ou moins près de l'oreille on observe un peu d'égophonie que l'on entend le plus souvent autour de la zone mate et des râles fins en rapport avec une zone de réaction inflammatoire.

Mais la forme de cette matité peut jouer un rôle, s'il est possible de la délimiter elle n'a pas la courbe parabolique de Demoiseau. Et alors dans ce cas les rayons X projetés sur la base thoracique permettent de constater que la tumeur ne varie pas avec la position du malade, que la limite supérieure est non pas parabolique mais régulière, à forme de circonférence.

Les signes fonctionnels changent aussi, on n'a pas ce signe classique de la pleurésie qui permet de faire le diagnostic à distance et qui consiste à faire asseoir le malade.

Dans le cas de pleurésie, il se produit par suite de l'ébranlement au niveau de l'épanchement pleural, un réflexe qui provoque une toux sèche, quinteuse, non suivie d'expectoration.

Evidemment, il ne nous restait plus que le kyste hydatique, mais la réaction de Lisbonne et Fleig, le Weinberg avaient été négatifs.

La recherche de l'*éosinophilie* avait été également négative, de sorte que se trouvant devant un symptôme de liquide enkysté, il était de toute urgence de pratiquer une ponction exploratrice pour en pouvoir assurer la nature.

La ponction faite, on retire un liquide eau de roche qui,

examiné, nous montre des petits éléments qui ne sont autre chose que des crochets d'hydatides.

Le diagnostic de kyste hydatique pouvait donc être posé.

Comme on le voit, les examens cliniques, radiologiques, sérologiques, permettaient dans ce diagnostic différentiel d'éliminer le kyste hydatique, et cependant c'est par la ponction que nous eûmes la clef de l'énigme.

Néanmoins, cette ponction avait ouvert la poche kystique sous pression et le malade pourrait très bien rejeter dans les inspirations quelques gouttes susceptibles d'amener une récidive. Mais dans ce cas la ponction ayant précédé de quelques heures l'intervention chirurgicale, on ne peut pas supposer que le liquide soit resté isolé dans le parenchyme et puisse par la suite permettre le développement de nouvelles hydatides.

TRAITEMENT

Sous l'anesthésie à l'éther on intervient. On incise le long de la cage thoracique au niveau de la huitième côte et on arrive ainsi sur l'os. On resèque une côte sur une longueur d'environ 10 centimètres. A ce moment seulement on fait une ponction exploratrice à l'aide d'une petite aiguille à injection intra-veineuse. L'incision faite dans une région trop antérieure est prolongée en arrière et une seconde ponction exploratrice permet alors de faire sortir du liquide.

On ponctionne alors avec un gros trocart et l'on évacue tout le liquide eau de roche que contient la poche.

On injecte du formol. Mais la paroi du kyste cède sous la pression pourtant modérée exercée sur le piston de la seringue et le liquide antiseptique est rejeté par la bouche et le nez provoquant ainsi un syndrome asphyxique.

Cet accident n'a eu aucune suite fâcheuse. On continue par l'extirpation de la poche. On place un drain dans la plaie qu'on ferme en partie.

Les suites opératoires furent excellentes. La plaie donna passage à une grosse quantité de sérosité. Pansement tous les deux jours.

L'oppression occasionnée par la création du pneumothorax due à l'ouverture de la plèvre disparaît petit à petit. La cicatrisation s'effectue normalement. Entre

temps, étant donné que la séro-réaction de Wassermann était positive, un traitement antisyphilitique était institué. On fit une série d'injections de cyanure de mercure intraveineuses, grâce auxquelles les céphalées violentes et continues présentées par le malade ont disparu.

CONCLUSIONS

Tels sont les faits dans toute leur brutalité, mais aussi dans toute leur éloquence. Insuffisance ou plutôt fausse indication des différents examens de laboratoire : le Wassermann est positif mais la réaction de Weinberg, de Fleig et Lisbonne, la recherche des éosinophiles sont négatives. L'examen clinique révèle la présence de signes anormaux à la base du poumon droit, et ceci est confirmé par la radiographie. Que conclure ? L'histoire de la maladie oriente vers une syphilis viscérale et justement la question des syphilis viscérales est d'actualité ; on en parle, on en trouve quelquefois. Comment ne pas se laisser aller à la satisfaction que comporte tout diagnostic exact, et au plaisir d'avoir à publier une observation rare. Tout semble concorder, en effet, mais pourtant un doute plane qui empêche l'esprit de se détendre, et M. le professeur Ducamp fait faire une ponction. Le liquide limpide, eau de roche jaillit du trocart, et l'échafaudage antérieurement dressé se trouve détruit. Il s'agit d'un kyste hydatique et le traitement est tout autre puisque une intervention est nécessaire.

La réaction de Wassermann est positive, mais quelles sont les influences réciproques des humeurs chez un syphilitique porteur de kyste hydatique. Cette syphilis en évolution n'est-elle pas la cause des recherches infruc-

tueuses qui furent faites. On ignore encore d'une façon certaine quel est le mécanisme même de la séro-réaction de Wassermann.

On tend de plus en plus à croire qu'il s'agit là d'un phénomène physico-chimique, surtout physique.

La présence de cette tumeur parasitaire n'a-t-elle pas troublé l'équilibre des humeurs, et n'a-t-elle pas à son tour modifié le résultat de la séro-réaction de Wassermann. Nous sommes entourés de telles obscurités que toutes les hypothèses sont possibles.

La radiographie montrait bien la présence d'une tumeur mais elle se taisait sur sa nature. Les phénomènes qui accompagnent généralement l'infection de l'organisme par la *tœnia echinococcus* manquaient et la clinique était donc en défaut. On voit donc quelle était la complexité de ce cas et combien il est nécessaire de ne rien omettre pour établir un diagnostic.

Mais, pour instructive que soit cette observation en ce qui concerne le chapitre du diagnostic, elle ne l'est pas moins au sujet du traitement. L'indication opératoire était nette, et l'intervention eut lieu sous anesthésie à l'éther.

A noter les dangers que présente l'intervention sur une pareille poche liquide. Assez souvent elles communiquent avec les bronches, ou sont séparées de leur lumière par une barrière peu solide. Tel était le cas ici, puisque l'injection de formol, faite avec prudence dans la poche après évacuation du liquide, pénétra dans les voies respiratoires et sortit par la bouche et par le nez. Cet accident n'eut pas de suite, mais il montre bien avec quelle prudence on doit se servir de cet antiseptique. Les suites opératoires furent excellentes puisque quinze jours après environ, le malade était complètement rétabli.

Nous voici au terme de notre travail, nos études sont finies et nous allons maintenant essayer de combattre la souffrance avec le bagage scientifique que nous devons à nos maîtres. Dans cette thèse, nous voulions mettre plusieurs choses en évidence.

Le médecin a-t-on dit guérit rarement, soulage souvent et console toujours. Et ce n'est pas sans un sourire mélancolique qu'on l'affirme: guérit rarement, hélas, certains prétendent: jamais. Nous avons voulu prouver que l'échinococcose est une infection contre laquelle le médecin n'est pas désarmé, et notre observation relate la guérison d'un homme porteur d'un kyste hydatique du poumon. Et certes, ce n'est pas une des moindres joies de l'existence pour un médecin, que d'avoir sauvé la vie d'un malade.

D'autre part, nous voudrions que notre travail nous aide à montrer la nécessité de chercher toujours, de fouiller sans cesse un malade. Le médecin doit savoir analyser et puis, dans un vaste esprit de synthèse, réunir en un système coordonné, toutes les données qu'auront fourni l'examen clinique et le laboratoire, sans parti-pris, sans idée préconçue avec le seul concours d'un raisonnement solide pour arriver à son but suprême. Etablir un diagnostic et sauver son malade.

BIBLIOGRAPHIE

Béclère. — Kyste hydatique du poumon ouvert dans la bronche droite inférieure. *Société de Radiologie,* Paris, 10 juin 1913.

Bourrat. — Kystes hydatiques du poumon. *Thèse de Lyon,* 1919.

Dévé (F.). — Recherche sur le formolage des kystes hydatiques. *Société de Biologie,* Paris, 12 novembre 1910.

— Doit-on opérer tous les kystes hydatiques du poumon? *Normandie Médicale,* 15 juillet 1911.

Guimbellot. — Kyste hydatique du poumon. *Société de Chirurgie,* Paris, janvier 1913.

Sergent (E.). — Quelques remarques sur le diagnostic des kystes hydatiques du poumon avant la vomique. *Monde Médical,* 1er octobre 1922.

Soubeyran. — Kyste hydatique du cul-de-sac de Douglas. *Société de Chirurgie,* 25 juin 1913.

— et Rives. — Kyste hydatique suppuré du poumon; thoracotomie; guérison. *Société des Sciences médicales de Montpellier,* 7 avril 1911.

Sergent-Ribadeau-Dumas. — *Traité de pathol. interne.* Appareil respiratoire; Infections parasitaires.

Widal-Roger. — *Traité de Pathologie interne.* Infections parasitaires.

Forgue. — *Précis de pathologie externe.*

Journal médical français, décembre 1922: syphilis viscérales.

Presse médicale, 1920, 1921, 1922.

Gazette des Hôpitaux, 1915.

Marion. — *Technique chirurgicale.*

Traité de médecine opératoire par les prosecteurs de la Faculté de Paris.

Gaston. — L'adénopathie médiastinale dans le diagnostic de la syphilis pulmonaire. *Congrès de Médecine de Strasbourg,* 1921.

Sergent. — Etudes cliniques et radiologiques sur les maladies de l'appareil respiratoire.

Tuffier. — Sur les résultats du traitement opératoire des kystes hydatiques suppurés du poumon. *Bulletin Société de Chirurgie,* Paris, 1913.

— Kyste hydatique du poumon; résultats éloignés. *Bulletin Soc. Chir.,* Paris, 1913.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

A propos d'un cas de Kyste Hydatique du Poumon.

par M. Nicolas Kozarevitch

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 26 Avril 1923

Le Professeur,

DUCAMP.

Vu :

Montpellier, le 26 Avril 1923.

Le Doyen,

Pour le Doyen :

L'Assesseur Délégué,

FORGUE.

Vu et permis d'imprimer,

Montpellier, le 27 Avril 1923.

Pour le Recteur,

Le Doyen Délégué :

M. GODECHOT.